N° 118.

RECHERCHES

SUR LES SYMPTÔMES ET LE TRAITEMENT

DE

L'ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 mai 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L.-F. BRAVAIS, d'Annonay,

Département de l'Ardèche;

Élève interne des hôpitaux et hospices civils de Paris.



A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Suppléant.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs

Andral.
Arvers.
Baudelocque.
Bouvier.
Breschet.
Cloquet (Hippolyte).
Cloquet (Jules).
Dance, *Suppléant.*
Devergie.
Dubois.
Gaultier de Claubry.
Gérardin, *Examinateur.*

Messieurs

Gibert, *Examinateur.*
Gerdy.
Kergaradec.
Lisfranc.
Maisonabe.
Parent du Chatelet.
Pavet de Courteille.
Ratheau.
Richard.
Rochoux.
Velpeau.
Rullier.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEMORIÆ

PIISSIMÆ GENITRICIS.

Desideria et lacrymas!

OPTIMO ET DILECTISSIMO

PARENTI,

Doctori-Medico.

Quomodò tuî obliviscar, sancte parens! Parùm vitæ munus profuisset, nisi dulcibus monitis et præclaræ virtutis exemplo teneram mentem indesinenter fovisses. A te primùm edoctus, optimisque magistris creditus, qui sacros libarem philosophiæ haustus, et, Deo favente, Christianam religionem amore et cultu insequerer. Cùm enim gratus animus omne beneficiorum genus in memoriam revolvit, deficiunt verba laudibus meis. Hocce opusculum, pietatis munus et seri monumentum laboris, vovit et dicavit amantissimus filius.

CARISSIMÆ SORORI

DILECTISQUE FRATRIBUS.

Utinàm eadem inter nos pietas et permaneat et crescat adusque vitæ hujus exitum et ultrà!

RECHERCHES

SUR LES SYMPTÔMES ET LE TRAITEMENT

DE

L'ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE.

L'ÉPILEPSIE est sans contredit une des plus affligeantes maladies auxquelles l'homme soit exposé. Celui qu'elle atteint, instruit bientôt de la grandeur de son mal, a sans cesse devant les yeux la perspective d'une existence précaire et l'image d'une mort imprévue. Si la vue de chaque accès inspire une sorte d'effroi aux personnes qui en sont les témoins, ce spectacle n'est pas moins pénible au médecin vertueux, pénétré de l'étendue de ses devoirs, et attristé par l'impuissance de l'art. Qu'il serait à désirer que l'épilepsie fût soumise à un nouvel examen, et son étude encouragée par les sociétés savantes! Peut-être des recherches laborieuses sur la nature de cette maladie, une connaissance approfondie des lois du système nerveux et de l'action des médicamens, une longue expérience, feraient un jour découvrir une méthode efficace de traitement. Ayant vécu quelque temps au milieu des épileptiques, nous nous sommes efforcé de bien connaître leurs accès, d'en étudier la marche, d'en distinguer les symptômes, et surtout d'examiner s'il n'existe pas des variétés plus faciles

à guérir. Oserons-nous soutenir cette opinion, qu'il existe en effet et qu'on rencontre fréquemment une sorte d'épilepsie, distincte par ses phénomènes et susceptible d'être soumise à une méthode utile de traitement? Cette assertion ira-t-elle, comme tant d'autres, expirer aux dernières pages d'une thèse? Notre espoir est-il une illusion? L'expérience l'apprendra : toutefois nous nous estimerions heureux si ce faible travail, offert à nos maîtres, méritait quelque attention de leur part, et s'il devait présenter une utilité réelle pour quelques épileptiques.

Au lieu d'embrasser l'histoire entière de l'épilepsie, ce qui m'entraînerait dans une foule de discussions interminables, j'exposerai seulement les symptômes et le traitement des principales variétés de cette maladie bornée à l'une des moitiés du corps, et que je désignerai sous le nom d'*hépilepsie hémiplégique*. L'expression d'*hémiplégique* me paraît convenable, d'après l'étymologie du mot. En effet, *ημιπλεσσω* signifie, *je frappe la moitié*, sans préciser la manière dont le corps est affecté. Or, l'épilepsie frappe les membres de convulsions, comme l'apoplexie les frappe de paralysie. Notre dénomination est d'ailleurs justifiée, et par la fréquence des hémiplégies de mouvement dans cette maladie, et par la variété d'acceptions données aux termes *apoplexie*, *paraplégie*, *hémiplégie*, depuis les auteurs grecs jusqu'à nous.

§ I. SYMPTOMES DE L'ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE.

Les bornes naturelles d'une dissertation ne me permettront pas d'étudier toutes les questions qui se rattachent à l'histoire des symptômes de l'épilepsie hémiplégique. J'éviterai de parler de son siége, ce qui m'obligerait à de longues recherches sur les fonctions du système nerveux. Loin de moi la pensée que l'examen de cette matière soit indifférente à la thérapeutique; mais le jeu apparent des sympathies nerveuses servant de base au traitement que je propose, je n'ai pas besoin, pour mon sujet, de la solution du problème précédent.

Les symptômes de la maladie, ses variétés principales, sa fréquence relativement aux autres espèces d'épilepsie, tel sera donc l'objet de ce travail.

1°. SYMPTÔMES GÉNÉRAUX DE L'ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE.

Je ne connais pas, jusqu'à présent, d'auteur qui ait indiqué d'une manière précise les symptômes de l'épilepsie bornée à la moitié du corps, en lui assignant ses principaux caractères. Loin d'être nouvelle, cette maladie a existé de tous temps aux yeux des plus célèbres médecins; leurs écrits en renferment de nombreux exemples. Mais les observateurs décrivent à peine les accès hémiplégiques, et les méconnaissent dans une foule de circonstances. Nulle part, d'ailleurs, je n'ai lu cette assertion, fondée sur l'expérience, que *l'épilepsie débutant par un seul membre est en général limitée à la moitié du corps.*

Hollier a vu un jeune homme de quinze ans, dont l'accès commençait par les trois premiers doigts de la main droite. *Ità cadebat obtorto obliquè brachio et corpore inflexo.* (SCHENCKIUS p. 118.) On lit encore dans ce dernier auteur, qu'*Éraste* guérit une fille dont les convulsions étaient bornées à la jambe et au bras droit, sans chute à terre, mais avec perte de mémoire des accès.

Tissot cite *Jensius* comme ayant observé un cas où les mouvemens convulsifs étaient légers et occupaient seulement tout le côté droit.

M. *Moulin* (Rech. sur l'apopl., pag. 74) cite l'observation d'une dame âgée de cinquante-quatre ans, affectée d'une hémiplégie gauche, par suite d'une hémorrhagie cérébrale; elle éprouva pendant quinze années des accès d'épilepsie bornés aux muscles du même côté.

M. *Portal* (Observ. sur la nat. et le trait. de l'épil., p. 132) dit avoir vu des épileptiques atteints de convulsions cloniques, d'un côté du corps, et toniques de l'autre. Je suis porté à croire que la plupart de ces cas appartiennent à l'épilepsie hémiplégique. En effet, ce qu'on nomme *convulsions toniques* est rarement dû à une excitation directe des centres nerveux, et par conséquent ne constitue pas un symptôme essentiel de l'épilepsie. Une foule de spasmes, de rigidités, de con-

tractions permanentes des muscles, sont soumis à l'influence de l'âme, provoqués par le sentiment de la douleur et l'instinct de la conservation, ou enfin ne sont pas le résultat direct d'une irritation pathologique du système cérébro-spinal.

Une foule d'auteurs ont connu les convulsions cloniques de la moitié du corps dans les plaies de tête, les ramollissemens et autres lésions d'un hémisphère cérébral. Il n'en est pas de même pour l'épilepsie ; on mentionne des accès incomplets bornés à une jambe, à un bras ; mais toutes les fois que le malade tombe à terre, que tous ses membres sont agités, on en conclut que l'épilepsie est générale.

Quels sont donc les signes auxquels on doit reconnaître un accès d'épilepsie en général, et en particulier d'épilepsie hémiplégique ? Les principaux sont fournis, les uns, par l'état des muscles, les autres, par les troubles de la sensibilité.

Le système musculaire présente dans un accès complet des symptômes constans ou essentiels, et des symptômes variables. Les premiers ne s'apprécient bien qu'à l'aide du toucher, lorsqu'on embrasse de toute l'étendue de la main un membre convulsé, et spécialement la partie inférieure de l'avant-bras. On sent alors des contractions simultanées de tous les muscles, saccadées, intermittentes; elles ont un caractère propre, et diffèrent du phénomène connu sous le nom de *soubresaut des tendons*. Il est difficile d'en donner une description exacte à celui qui n'a pas appris à les reconnaître par l'expérience.

La vue fait aussi discerner la nature de ces convulsions dans les muscles des lèvres et des paupières ; là comme dans les membres existent des oscillations instantanées et régulières, des contractions et des relâchemens alternatifs ; distinction plus facile lorsqu'une moitié seulement du visage est affectée.

On remarque, suivant les cas, des différences dans le nombre et la force des secousses musculaires, dans l'intervalle du temps qui sépare chacune d'elles, dans l'ordre de leur succession aux diverses parties du corps. Le même malade éprouve fréquemment des accès de

force inégale, et, dans le même accès, les convulsions ne se ressemblent pas entièrement à chaque instant, au début, au milieu et au déclin de l'attaque; dans quelques cas, enfin, le même accès offre plusieurs récrudescences, tantôt devenant plus fort, tantôt devenant plus faible. Ordinairement les convulsions sont moindres au début; elles acquièrent bientôt toute leur énergie, l'intervalle de temps qui les sépare diminue; en dernier lieu, elles s'affaiblissent vers la fin de l'attaque. Tels sont les symptômes invariables fournis par le système musculaire dans tous les accès complets d'épilepsie, aux différences près que nous venons de signaler.

Les mouvemens présentent encore d'autres caractères utiles à considérer, mais extrêmement variables. Ainsi les épileptiques poussent un cri à l'invasion de leur accès ou non; les uns écument, d'autres ne rejettent jamais de salive par la bouche. On en voit courir avant ou après, chanter, siffler, se rouler par terre sur l'axe du corps, se frapper la poitrine à coups redoublés, se meurtrir les talons, déchirer leurs vêtemens, ramasser des fétus, devenir maniaques, etc. Or, ces phénomènes ne sont pas de même nature que les précédens: pourquoi les qualifier de convulsions? En quoi diffèrent-ils des mouvemens volontaires ou instinctifs? Leurs nuances, leurs variétés nombreuses ne semblent-elles pas nous représenter un être souffrant ou passionné? N'indiquent-elles pas que le malade possède encore quelques sensations, qu'il manifeste des besoins ou qu'il exprime des idées? Tous ces mouvemens sont analogues à ceux que l'homme sain exécute dans l'état de veille; tous atteignent un but, une fin déterminée. Sans doute celle-ci nous est souvent inconnue; et les malades, après l'accès, sont rarement capables d'en rendre compte: mais ces contractions musculaires diffèrent entièrement des convulsions; on ne doit donc pas les considérer comme faisant une partie essentielle de l'accès épileptique.

Appliquons ces remarques à l'épilepsie hémiplégique, et indiquons les symptômes musculaires qui doivent la rendre distincte de l'épilepsie générale. Dans le côté malade de la figure, diduction saccadée

de la commissure des lèvres, fente de la bouche étendue jusqu'à l'oreille, avec traction de la joue du côté opposé vers la ligne médiane; secousses intermittentes des tendons et des muscles de l'avant-bras, du bras, de la cuisse. En saisissant le membre correspondant, on n'éprouve rien de semblable.

Dans quelques cas, très-rares, les membres du côté sain sont dans un état de flaccidité et d'immobilité complètes. Alors probablement le malade a perdu entièrement sa connaissance, ou du moins ne manifeste aucun signe de sensibilité. Mais le plus souvent, à l'aide des membres sains, celui-ci exécute divers mouvemens qui dénotent un reste d'intelligence. Ainsi, dans sa chute, l'épileptique met en jeu les muscles qui conservent encore leurs fonctions : tantôt il saisit avec la main une personne présente, un corps inanimé pour s'y fixer, tantôt il les repousse. Souvent les membres sains présentent une contraction continue qui ressemble, sous tous les rapports, à celle qu'on développe pour soulever un fardeau ou exécuter un ouvrage pénible. D'ailleurs il n'existe aucune analogie dans les mouvemens de ces deux membres; le supérieur est souvent fléchi et rapproché du thorax, l'inférieur est ordinairement étendu et faiblement contracté.

En examinant le côté malade, nous trouverons les membres toujours étendus ou peu fléchis dans les violentes secousses convulsives. Dans les accès plus faibles, le membre supérieur peut se fléchir davantage. La sensibilité n'étant pas entièrement perdue, le malade a encore un léger empire sur les muscles convulsés, et il les fléchit instinctivement. C'est ainsi que je m'explique pourquoi, dans les fortes attaques et dans celles qui sont accompagnées d'une stupeur profonde, les membres supérieurs restent appliqués le long du thorax, tandis que dans les plus légers accès l'avant-bras est plus ou moins fléchi sur le bras.

L'action de rejeter par la bouche une salive écumeuse dépend de plusieurs causes. Il faut d'abord que le malade n'ait pas la faculté de déglutir sa salive; car si malgré le spasme il peut encore exécuter cette fonction, la salive ne s'écoulera pas hors la bouche. En second

lieu, il est nécessaire que l'accès dure une demi-minute au moins; s'il est plus court, la salive ne s'amasse pas en assez grande quantité pour être expulsée, le malade recouvrant la faculté de déglutir aussitôt après la convulsion. Enfin, l'excrétion spumeuse des fluides de la bouche ne peut pas avoir lieu dans les premiers instans de l'accès, pendant que la respiration est entièrement suspendue; mais à la fin, lorsque les secousses musculaires sont plus éloignées et que les mouvemens respiratoires s'interposent entre elles. L'écume naît du conflit de tous ces mouvemens et du passage de l'air par la bouche, déjà remplie de salive. Dans l'épilepsie hémiplégique, l'excrétion de ce fluide a lieu sur la joue convulsée; c'est elle qui, par la fente de la bouche, lui présente une issue plus facile; et d'ailleurs, dans l'accès le malade a la tête penchée du même côté.

Le système musculaire présente d'autres phénomènes qui dépendent du siége des convulsions bornées à une seule moitié du corps. Ainsi, dès le début de l'accès, les diverses parties du tronc sont entraînées à droite ou à gauche dans le sens de la flexion. Si l'épileptique est debout, la chute a lieu sur la moitié malade, et toutes les contusions s'y font remarquer. S'il est couché horizontalement, on le voit se courber du côté convulsé; les vertèbres cervicales et lombaires favorisent plus que les autres ce mouvement. Mais lorsque le malade est surpris dans le sommeil ou dans son lit, le spasme musculaire peut entraîner et précipiter à terre tout le corps : cet accident même peut servir à faire reconnaître une épilepsie hémiplégique. En effet, l'expérience m'a appris que dans les attaques nocturnes de cette maladie, l'épileptique étant supposé couché sur le dos et pouvant tomber des deux côtés du lit; la chute, lorsqu'elle a lieu, arrive dans la ruelle qui correspond à la partie attaquée de convulsion. Le médecin averti de cet événement, surtout s'il se répète, pensera que son malade est atteint d'une épilepsie hémiplégique, ou que du moins les convulsions sont plus fortes dans un côté du corps.

On s'en rend parfaitement raison si l'épileptique, dans son sommeil, est couché sur le dos ou sur l'un des côtés; mais lorsqu'il repose sur

le ventre, est-il averti par les préludes de sa maladie à se retourner sur le dos? est-il prévenu par une sorte d'instinct à choisir une position dans laquelle la respiration soit plus facile? C'est ce qu'il est difficile de déterminer au juste; mais l'expérience ayant fait connaître que la chute du lit a ordinairement lieu du côté convulsé, l'explication doit moins nous embarrasser.

Autre considération : lorsque les muscles des mâchoires et de la langue sont convulsés d'un seul côté, cet organe est porté à chaque secousse entre les dents; de là résulte la morsure de son bord externe avec effusion de sang; la salive, écumeuse, devient en même temps sanguinolente. Toutes les fois qu'un malade présentera des blessures ou des cicatrices bornées à une moitié de la langue, le médecin en déduira l'existence d'un nouveau symptôme d'épilepsie hémiplégique.

Un autre indice de cette maladie, c'est la paralysie du côté affecté dans l'intervalle des accès; or, cette paralysie s'annonce de plusieurs manières. Aussitôt après un accès violent ou répété, le malade se couche et penche la tête sur le côté opposé aux convulsions; tout le corps se fléchit légèrement, comme chez les hémiplégiques ordinaires, à l'aide des muscles restés sains. Le même phénomène a toujours lieu, soit que le malade recouvre entièrement sa connaissance, soit qu'il se livre à un sommeil réparateur.

Le temps de cette faiblesse musculaire est variable; elle peut durer quelques instans, quelques heures, des journées entières, ou enfin se convertir en une véritable paralysie.

Ce dernier symptôme existe lui-même à divers degrés. Souvent la paralysie est incomplète et n'empêche pas les malades de marcher ni de parler. Quelquefois elle est plus grave, et subsiste même après la guérison de l'épilepsie. Nous avons observé un épileptique qui depuis plusieurs années n'avait plus d'accès, mais conservait une faiblesse très-marquée du côté droit : il succomba au tétanos. Le cerveau du côté opposé, et les membres droits étaient atrophiés d'une manière manifeste.

Tels sont les phénomènes que présente l'appareil musculaire dans l'épilepsie hémiplégique.

Les troubles de la sensibilité sont plus fugaces, plus difficiles à constater que ceux des mouvemens; ils offrent, au reste, la même importance que les précédens. En effet, d'après la définition de M. *Pinel*, il y a épilepsie là où existent simultanément la perte de sensibilité et les convulsions musculaires.

Or, voici ce que nous avons remarqué à ce sujet : tantôt les malades sont dans le cas de rendre compte de ce qu'ils ressentent, tantôt non.

Dans le premier cas, ils disent éprouver une sensation insolite dans l'œil, l'oreille, le pied du côté affecté ; ils sentent un aura qui part d'un membre et remonte constamment vers la tête.

Cet aura est un vent frais, une sorte de brûlure ou d'engourdissement. Quelquefois c'est une douleur fixe, et le malade perd connaissance avant d'avoir eu le temps de la sentir s'élever vers le cerveau. D'ailleurs beaucoup de circonstances empêchent de reconnaître d'où part l'aura. Si le malade est un jeune enfant, il ne sait pas encore qu'il souffre, et à plus forte raison, il n'est pas dans le cas de dire qu'il se souvient d'avoir souffert dans un lieu déterminé au début de l'accès. Lorsque le malade est peu intelligent ou plongé dans la démence, il n'a pas assez de mémoire pour rendre compte de ses attaques.

Si l'accès est long, suivi de sommeil ou de coma pendant plusieurs heures, il est très-rare que les malades se rappellent ce qui leur est arrivé au commencement ; ce n'est que dans les plus courts et les plus légers qu'ils conservent assez de présence d'esprit pour se ressouvenir parfaitement de leurs sensations.

Enfin, lorsque l'accès arrive subitement avec une grande intensité, la paralysie de la sensibilité est si prompte, que les épileptiques n'ont pas d'aura précurseur, et n'éprouvent réellement aucune incommodité soit au début, soit dans la durée de leurs attaques.

Toutes ces considérations méritent d'être pesées attentivement dans l'examen des variétés de l'épilepsie ; de telle sorte qu'un médecin ne

doit pas affirmer qu'une épilepsie est sans aura, parce que le malade ne sait pas s'il en éprouve; il doit, au contraire, multiplier ses questions, interroger les personnes présentes à ses accès, pour savoir à quoi s'en tenir sur la réalité des symptômes. Il n'est pas indispensable, d'ailleurs, que tous les signes se trouvent réunis, un seul dont la vérité serait bien constatée, ou un petit nombre d'entre eux suffiront, dans la plupart des cas, pour faire établir le diagnostic de l'épilepsie hémiplégique.

La perte de connaissance, notée comme un symptôme constant des accès, mérite de notre part un examen plus sérieux. Sous ce nom on confond deux choses tout à fait distinctes : 1°. l'impossibilité où le malade se trouve de rendre compte de ses sensations et de ses pensées pendant la durée d'un accès, ce que nous pouvons encore appeler *perte de mémoire;* la perte de sensibilité cutanée, en vertu de laquelle les malades se brûlent, souffrent toutes les violences extérieures sans manifester aucun signe de douleur. C'est ainsi que plusieurs épileptiques portent sur le visage ou les membres des cicatrices profondes qui annoncent que la peau a été désorganisée, charbonnée, sans que les malheureux malades s'en soient aperçus.

Mais ces deux symptômes ne sont pas tellement liés entre eux que l'un entraîne nécessairement la perte de l'autre. De même que les enfans ne se rappellent pas ce qu'ils ont éprouvé; de même que l'on perd tout souvenir de ce qui arrive dans le sommeil, le délire, le somnambulisme; de même aussi des épileptiques ne savent pas ce qui leur est arrivé, quoique leurs gestes, leurs cris, leurs mouvemens instinctifs dénotent de la manière la plus évidente qu'ils éprouvent alors des sensations, des besoins, des idées même.

La perte de mémoire est un état particulier de l'âme, dans lequel ses facultés sont affaiblies, son imagination éteinte; c'est, pour ainsi dire, une paralysie de l'intelligence, soit dans le moment où l'on interroge le malade, soit dans celui de l'accès. Dans l'état ordinaire de veille, la mémoire offre une foule de différences, selon la vivacité plus ou moins grande des pensées, la culture de l'esprit; et, en outre, je

ne sais quelle habitude intellectuelle, en vertu de laquelle certains hommes se rappellent avec une grande facilité tout ce qui leur arrive, tandis que d'autres savent rarement ce qu'ils ont ressenti. Mêmes différences chez les malades : rien ne frappe l'imagination d'un épileptique, lorsque son accès est rapide et tous ses sens paralysés.

Si la moitié du corps est saine, et que l'autre soit complètement insensible, quelles idées l'âme pourra-t-elle combiner au milieu du trouble de ses organes? Quel changement ne produira pas, dans ses facultés, la privation subite de la moitié des sens, l'interruption d'un travail commencé, la stupeur déterminée par une chute aussi désagréable qu'imprévue? Si quelques-uns de ces épileptiques savent parfaitement qu'ils ne perdent pas connaissance, les autres me paraissent placés dans des conditions trop défavorables, soit du côté de l'esprit, soit du côté des organes ainsi que des circonstances extérieures pour pouvoir conserver un souvenir de tout ce qu'ils ont éprouvé.

2°. VARIÉTÉS DE L'ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE.

Plusieurs méthodes ont été proposées pour classer les épilepsies. Leur distinction en *idiopathiques* et *sympathiques*, d'après le siége présumé du mal, remonte à la plus haute antiquité. *Pison*, de Pont-à-Mousson, et après lui, de *Moor*, *Willis*, ont regardé toutes les épilepsies comme idiopathiques, avec cette différence que, dans certains cas, le cerveau malade affecte primitivement un membre déterminé du corps. Cependant des faits incontestables d'épilepsie produite par des altérations locales des nerfs ou celles d'organes internes, mettent hors de doute l'existence d'une véritable épilepsie sympathique.

D'autres classifications sont fondées sur des considérations très-différentes entre elles ; comme l'âge des malades, le sexe, la puberté, la grossesse, les causes morales, les causes physiques vraisemblables ou incertaines, etc. Ces divisions offrent l'avantage de fournir quel-

ques aperçus à la thérapeutique d'une maladie rebelle ; mais l'obscurité des causes rend souvent inutiles les tableaux nosologiques.

Quoi qu'il en soit, l'étendue du siége et celle des symptômes apparens servira toujours au lit des malades. Nous chercherions dans cette dissertation à classer les variétés de l'épilepsie hémiplégique d'après leur siége dans les différens points du système nerveux, si le travail n'était pas au-dessus de nos forces, et même au-dessus de l'état actuel de la science. Nous adopterons donc une division symptomatique capable de nous fournir plus tard quelques indications pour la thérapeutique.

Considérée sous ce rapport, l'épilepsie hémiplégique, aussi-bien que l'épilepsie générale, offre cinq variétés principales : 1°. celle dont l'accès débute par la tête ; 2°. celle qui commence par le bras ; 3°. celle qui s'irradie par le pied ; 4°. celle dont l'aura part d'un organe abdominal ou thoracique ; 5°. enfin, celle qui dépend d'une maladie locale des nerfs, soit dans leur trajet, soit vers leurs extrémités.

Ire. VARIÉTÉ. *Epilepsie hémiplégique débutant par la tête.*

Les symptômes musculaires de cette variété commencent par la convulsion de la joue et des paupières d'un seul côté ; au début même, on voit la commissure des lèvres s'étendre jusqu'à l'oreille. Ensuite la tête exerce un mouvement de demi-rotation dans le même sens ; elle s'incline vers l'épaule par la flexion des vertèbres cervicales ; mais bientôt le membre supérieur est atteint de convulsion, enfin le membre abdominal en est lui-même affecté. J'ignore si les contractions des membres thoraciques et abdominaux arrivent avant ou après celles du membre inférieur. Rarement l'accès est incomplet ou borné à la partie superieure du tronc.

Les symptômes de sensibilité sont, lorsque le malade peut en rendre compte, un trouble dans la vision et l'audition du même côté, ou même dans quelqu'une des branches de la cinquième paire. Je n'ai jamais vu d'épileptique me rapporter ce qu'il sentait plus tard dans la

moitié du corps. Plusieurs cependant s'aperçoivent de la contraction des muscles de la joue et du cou. Les convulsions disparaissent dans un ordre inverse. Le premier et les derniers symptômes de chaque accès se déclarent ainsi dans une moitié de la tête. Au reste, nous allons éclaircir cette description par des exemples.

Villiot, âgé de quarante-six ans, ouvrier sur les ports, d'une taille élevée, ayant des muscles très-développés, entra à Bicêtre le 27 avril 1824.

Cet homme a toujours joui d'une santé robuste; il n'était sujet à aucun flux sanguin, ni aux douleurs de tête. Il y a trois mois, à la suite d'un excès de boissons alcoholiques, il resta quatre jours sans connaissance, et à son réveil se trouva atteint d'une hémiplégie légère du côté droit. Depuis il est sujet, à des intervalles assez rapprochés, à des convulsions dans les membres du côté droit, suivies de paralysie.

Le 3 mai, Villiot éprouva, à quatre heures du soir, un accès de trois à quatre minutes, qui fut suivi de neuf autres jusqu'à sept heures du soir; quelques-uns eurent lieu la nuit suivante. Mais, le 4 mai et la nuit d'après, le malade fut plongé dans un sommeil comateux, dont il s'éveilla seulement le lendemain. Je suis témoin de plusieurs accès; ils débutent par une distorsion du côté droit de la bouche; quelques secondes après, la tête se tourne et s'incline à droite; les muscles du membre supérieur, demi-fléchi, et de la jambe, étendue, se convulsent. Les membres à gauche n'offrent aucune convulsion; mais à la fin de l'accès, le malade s'incline et se couche sur le même côté, comme ferait un homme qui aurait envie de dormir. Huit à dix minutes après, un nouvel accès recommence dans la moitié droite du corps.

A six heures et demie du soir du premier jour, dans un moment de repos, je pratiquai une saignée de trois palettes; au milieu de la saignée, il se manifesta un accès plus fort, qui s'étendit, au bout de quelques instans, au côté gauche, mais sans persister au même degré ni aussi long-temps que dans les membres opposés.

Deux larges vésicatoires furent placés, l'un sur l'avant-bras et l'autre sur la jambe droite.

Lorsque le malade eut recouvré l'usage de la parole, il me dit qu'il se rappelait m'avoir entendu parler dans son accès; il avait senti la piqûre de la lancette et la douleur des vésicatoires.

Les jours suivans, l'hémiplégie diminue; il ne reste plus qu'un peu de déviation dans la langue.

Le 24 mai, il y a égalité de force dans les muscles de chaque moitié du corps : les accès n'ont pas reparu depuis cette époque, et Villiot jouit actuellement d'une bonne santé (1827).

Jean-Pierre-Joseph Bourgeois, âgé de vingt-neuf ans, né dans les camps, d'une taille peu élevée, mais bien musclé, intelligent, d'un caractère très-gai, entra à l'hospice de Bicêtre le 30 décembre 1820.

Jusqu'à l'âge de neuf ans, il eut beaucoup de gourmes et d'engorgemens glanduleux au cou. A quatorze ans, épistaxis abondantes, qui diminuent les années suivantes.

A dix-neuf ans, il vit son père tué à ses côtés sur un champ de bataille. Quinze jours après, il eut des accès d'épilepsie : ils revinrent, depuis cette époque, deux à trois fois par mois. Dans les huit premières années les accès étaient imprévus, et le malade n'en conservait pas le moindre souvenir.

En 1822, B... fut cautérisé avec le fer rouge dans plusieurs points du membre supérieur droit et à la nuque. On en voit encore les cicatrices indélébiles, ayant chacune environ un demi-pouce de diamètre. Déjà, sans doute, on avait remarqué quelque chose de particulier dans ce membre au moment des accès. Quoi qu'il en soit, le malade affirme que, depuis cette époque, les accès sont devenus très-multipliés, courts, sans perte de connaissance, et suivis d'une hémiplégie droite toujours croissante.

Les accès, dont j'ai souvent été témoin, sont très-fréquens; ils durent une demi-minute environ. Le malade perd la vue, mais conserve l'ouïe, et se rappelle tout ce qui s'est passé. D'abord, vive douleur dans la tempe et l'œil droits, agitation des muscles du visage du même côté;

bouche fendue jusqu'à l'oreille, puis rotation de la tête; convulsion du membre supérieur, enfin du membre inférieur, quoiqu'à un degré plus faible. L'accès se termine par un éclat de rire. Le malade ne tombe pas toujours par terre; quelquefois il a assez de force dans les membres du côté gauche pour se cramponner à son lit, à une chaise, à une table; quelquefois il tombe dans la ruelle droite de son lit; il se souvient qu'il souffre beaucoup des contractions musculaires du bras et de l'avant-bras convulsés.

B..... provoque ses accès par le regard instantané du soleil, par celui des lumières artificielles, en portant sa main gauche sur la tempe droite, ou même lorsqu'il souffre dans ce lieu le contact d'une main étrangère.

Dans l'intervalle des accès, il existe une hémiplégie droite bien prononcée; le côté droit du visage est flasque, la parole gênée, le bras très-peu mobile; la jambe se refuse au mouvement, et le malade ne peut marcher qu'à l'aide d'une canne saisie avec la main gauche.

Au mois d'octobre 1824, on applique un vésicatoire au bras droit: l'épiderme étant enlevé, la plaie fut saupoudrée avec deux grains d'acétate de morphine. La nuit suivante fut excellente. Le lendemain on appliqua trois grains : les convulsions furent aussi fréquentes qu'à l'ordinaire. Le troisième jour, on pansa de nouveau avec trois grains d'acétate de morphine : le malade n'eut aucun accès. Le lendemain, la dose fut augmentée d'un grain, mais l'épilepsie reparut comme de coutume. On suspendit alors ce médicament, qui avait trompé l'attente de l'art.

Il est très-important de distinguer l'épilepsie hémiplégique qui débute par les muscles de la tête, de l'épilepsie générale qui a la même origine, d'autant plus que quelquefois celle-ci commence par un côté du corps et finit par l'autre, ou que, dans la période la plus forte de l'accès, des convulsions s'étendent à toute l'économie animale. Voici un exemple remarquable de l'un de ces cas.

Charles-Joseph Lardenet, carrier, âgé de trente-six ans, grand,

brun, d'une complexion très-robuste, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 24 juillet 1825, pour y être traité d'une brûlure au premier degré.

Cet homme présentait, sur le visage et l'épaule gauche, des phlyctènes nombreuses entourées d'une rougeur érysipélateuse : il était tombé la veille dans le foyer d'une cheminée. N'ayant pas eu d'accès épileptiques depuis une année, ceux-ci s'étaient renouvelés jusqu'à dix-sept fois la nuit précédente. Au reste, ce malade parlait et marchait librement ; il souffrait peu de ses brûlures.

Depuis quatre heures du soir jusqu'à neuf heures et demie, accès répétés d'épilepsie. A l'invasion du premier, cri assez fort et instantané ; le malade fut sur le point de tomber dans la ruelle de son lit du côté droit ; on le ramena au milieu, et on l'y retint avec un drap plié en cravate. A six heures, je pratiquai, entre deux accès, une saignée au bras gauche, qui ne parut pas modifier les attaques suivantes. De larges vésicatoires appliqués aux jambes ne produisirent aucun effet, la mort étant survenue à dix heures et demie du soir.

Voici, au reste, quelle fut la marche des accès répétés, dont plusieurs furent soumis à mon observation. Au début, sorte de silence, air étonné, suspension momentanée de la respiration, plutôt volontaire ou instinctive que convulsive ; un accès est précédé de dilatation de la pupille de l'œil droit. Bientôt les muscles de la face et du cou à droite entrent en contraction : la bouche est distordue. Une ou deux secondes après, ceux du membre supérieur sont convulsés ; enfin le tronc et le membre inférieur droit participent au même état. Après quelques secondes, la colonne vertébrale est courbée sensiblement dans le même sens.

Cependant les muscles du côté gauche entrent en convulsion six secondes environ après le début de l'accès ; leur trouble suit un ordre analogue au précédent, quoique peut-être d'une manière plus rapide ; le tronc revient à sa rectitude naturelle. Aux convulsions violentes et presque continues des muscles succédèrent bientôt des convulsions saccadées, à intervalles sensibles. En comparant l'état

des avant-bras entre eux, je reconnus facilement que les secousses alternaient à droite et à gauche : il en était de même pour les membres abdominaux. Le côté gauche, à la fin de l'accès, resta seul convulsé; la dernière secousse de la cuisse fut beaucoup plus faible que celle du bras et de la face.

Chaque accès dura une à deux minutes; vers la fin, très-forte injection sanguine du cou et de la face; nulle déglutition, salivation abondante et écumeuse. Aussitôt après, la respiration est stertoreuse; le malade fait entendre une sorte de soupir plaintif; il meut un peu ses bras d'une manière volontaire; les membres inférieurs conservent une assez grande rigidité : une ou deux fois seulement j'ai vu le malade déglutir sa salive. Le pouls est un peu fréquent, mou et vide; l'œil droit, découvert avec peine à cause du gonflement de la paupière, déterminé par la brûlure, présente une pupille médiocrement dilatée; une fois il s'est dirigé obliquement vers l'observateur. Le pénis est tuméfié, livide, dans un état de demi-érection; les urines s'écoulent spontanément, sans que la vessie soit pleine de ce liquide Le malade n'indique par aucun signe qu'il entende les paroles qu'on lui adresse. Une demi-heure avant la mort, je lui trouvai la peau très-chaude et baignée de sueur; le pouls était plus fréquent, mais très-mou.

Nous n'insistons pas davantage sur la distinction à établir entre deux variétés de l'épilepsie, dont toute la différence est d'attaquer une moitié seulement ou la totalité du corps, ce qui rend toutefois celle-ci beaucoup plus grave que la première.

Mais avant de passer à l'examen de l'épilepsie qui débute par le membre supérieur, nous donnerons un exemple où l'accès a commencé par les muscles du côté gauche de la langue.

Jacob Schatz, perruquier, âgé de quarante-cinq ans, entra à Bicêtre le 11 mai 1824, dans un état complet de démence.

Il attribua à la frayeur qu'il ressentit en voyant tomber des épileptiques, l'accès qu'il éprouva dans les derniers jours du mois d'août suivant.

Le 15 novembre, à neuf heures et demie du matin, nouvelle attaque épileptique, que j'observe une heure et démie après : les convulsions étaient bornées au côté gauche. A onze heures un quart, saignée du bras droit d'une palette et demie, sinapismes à l'avant-bras et à la jambe gauches. De midi et demi à deux heures et demie, application continuée de la pommade ammoniacale sur l'avant-bras et la cuisse droits.

Voici les symptômes que j'observe à onze heures du matin : le côté droit du corps est froid au toucher, tandis que le côté convulsé est manifestement chaud ; pouls concentré, fréquence naturelle ; convulsions extrêmement fortes des muscles de l'avant-bras gauche, *imitant le roulement d'un tambour ;* elles sont moins vives dans les jambes, dans les parties latérales gauches du cou, de l'abdomen, du thorax, de la langue. Le buccinateur, l'orbiculaire des paupières, les moteurs de l'œil et les muscles du côté gauche du visage ne sont pas sensiblement convulsés.

A midi, le malade étant fortement penché sur le côté gauche de son lit, on reporte sa tête vers le côté droit : à l'instant il survient des convulsions dans le côté non malade, pendant une à deux minutes ; elles furent même plus fortes que celles des membres gauches : celles-ci subsistèrent, mais offrirent à plusieurs reprises des exacerbations et des rémissions remarquables jusqu'à deux heures.

Vers une heure et un quart, le côté droit avait une température aussi élevée que le gauche ; le pouls avait pris un plus grand développement, en conservant toutefois sa fréquence naturelle : même décubitus incliné à gauche.

De deux heures à cinq heures, on n'observe plus d'autres convulsions que celles des muscles insérés au côté gauche de la langue, et qui la portent à chaque instant en arrière et entre les deux mâchoires ; la déglutition s'exécute très-mal ; la bouche est remplie d'une salive écumeuse ; souvent le malade fait de vains efforts pour expectorer.

Schatz n'avait donné aucun signe de sensibilité cutanée par l'application des révulsifs et l'enlèvement de l'épiderme sur les membres

droits, ni par la piqûre de la lancette. Il faut toutefois noter que, dans l'état de veille, le même malade est dans un état de démence complète.

A cinq heures du soir, il ne conserve plus qu'une légère convulsion de la langue; il ouvre les yeux, regarde les personnes environnantes, se recouvre avec ses couvertures; il meut le bras droit, s'efforce de répondre aux questions qu'on lui adresse; il boit quelques gorgées de limonade, et avale mieux sa salive : le bras et la jambe gauches sont flasques et complètement immobiles.

Le lendemain, à dix heures du matin, Schatz meut librement ses membres; il descend seul de son lit, mais fléchit aussitôt sur le côté gauche. Lorsqu'on l'engage à tirer sa langue, celle-ci paraît légèrement paralysée du même côté; du reste, le malade répond à toutes les questions qui ne dépassent pas la portée de son intelligence ou de sa mémoire.

Dans les premiers jours de janvier 1825, Schatz fut porté de nouveau à l'infirmerie des aliénés : il était abattu, sans appétit, presque sans connaissance. Il succomba le 9, sans avoir éprouvé de nouvelles convulsions.

Cette variété de l'épilepsie hémiplégique doit être distinguée de celle qui débute par les muscles qui reçoivent leurs filets du nerf facial. Les moteurs de la langue, en rapport avec le nerf hypoglosse, ont été ici les premiers convulsés. Nous possédons un autre fait de même nature.

On a pu remarquer que dans le dernier cas, comme dans celui de Villiot, il y a eu un moment où l'accès est devenu général. Malgré cet accident, nous n'en rangeons pas moins ces faits parmi ceux qu'on doit rapporter à l'épilepsie hémiplégique, puisque le plus grand nombre des accès se trouvait borné à un seul côté du corps.

Le seul exemple bien avéré que j'aie trouvé, dans les auteurs, d'épilepsie hémiplégique débutant par les muscles de la tête avant ceux des membres, est de *Gabelchoverus*, et se trouve cité dans la thèse de *Laurentius* (Jena, 1722).

IIe. VARIÉTÉ. *Épilepsie hémiplégique débutant par le bras.*

Les recueils d'observations renferment de nombreux exemples de cette variété, mais les auteurs n'ont pas remarqué que l'accès commençant par un seul bras est ordinairement borné à une moitié du corps, tandis que le côté sain est agité de mouvemens instinctifs et volontaires.

On peut reconnaître cette épilepsie, et par le récit du malade, et par l'observation directe de ses accès, et enfin la soupçonner d'après les phénomènes qui subsistent dans les intervalles de chacun d'eux.

1°. Les malades savent le plus souvent que leur main, leur avant-bras, leur bras se trouvent affectés en premier lieu, soit de spasmes, soit d'un aura particulier. Pour peu qu'ils soient intelligens, il leur est facile de saisir l'instant qui sépare les convulsions du membre supérieur de celles des autres muscles. Plusieurs d'entr'eux sont sujets à des accès incomplets, dans lesquels le bras est seul affecté; ils se plaignent alors à leur médecin d'éprouver, soit de jour, soit à l'entrée de la nuit, des secousses, des engourdissemens, des *tiraillemens de nerfs* dans le membre malade.

Je n'ai jamais rencontré d'épileptique chez lequel l'accès s'annonçât par une sensation particulière à un seul des doigts ou à une partie fixe du derme brachial. Les observateurs citent quelques faits semblables; mais généralement la main est affectée en totalité dans la maladie qui nous occupe.

Les enfans n'ont pas assez d'intelligence pour savoir d'où ils souffrent. L'observation citée par M. *Maisonneuve* (Rech. sur l'épil., p. 204) est la preuve qu'un enfant ne put faire connaître, avant l'âge de onze ans, la cause d'une épilepsie produite depuis neuf années par une tumeur des nerfs du pouce de la main droite. Les idiots, les imbécilles, les personnes en démence ou peu intelligentes, celles que l'épilepsie surprend dans le sommeil, sont en général dans le même cas. Cependant plusieurs sont réveillés avant l'accès, ou se rappellent quel-

quefois les circonstances de son prélude, ce qui suffit pour fixer l'attention du médecin.

2°. Si les attaques reviennent à des périodes régulières, ou si, par une cause fortuite, le médecin en est témoin, voici les symptômes qu'on observe. D'abord, convulsions du bras et de l'avant-bras, ensuite des muscles du membre inférieur, du visage, du cou, et enfin des parois de la poitrine et du ventre.

Les convulsions débutent-elles par les muscles de l'épaule et du bras, ou ceux de la main et les fléchisseurs des doigts? L'accès est trop prompt, et l'observation trop difficile pour qu'il m'ait été possible de résoudre cette question. Si l'on s'en rapporte au témoignage des malades, les deux cas se présentent : les uns accusent l'épaule, les autres la main du premier spasme; mais il est plus facile à constater que le membre supérieur est convulsé un instant avant toute autre partie du corps.

Quel est maintenant l'ordre dans lequel se contractent les muscles du membre inférieur, de la tête et du cou, des parois des grandes cavités du tronc? Il m'a semblé que les muscles fléchisseurs, extenseurs et rotateurs de la tête se convulsent avant les diducteurs de la commissure des lèvres; le malade inclinant la tête contre l'épaule avant d'avoir la bouche fendue jusqu'à l'oreille du même côté. Ce phénomène serait d'ailleurs en rapport avec les progrès de la paralysie; plus forte au bras, elle envahit ensuite les muscles du cou, gêne la prononciation, les mouvemens de la langue, avant d'avoir beaucoup affecté les muscles du visage; mais je n'ai pu jamais constater par l'expérience si les muscles de la cuisse ou de la jambe se contractent avant ceux du cou et de la tête. Les parois thoraciques sont toujours les dernières affectées, et quelquefois même on ne sent pas leurs contractions.

A la fin de chaque accès, le médecin observe quelquefois une ou deux convulsions de plus à l'avant-bras qu'à la figure ; ce fait est d'autant plus appréciable, que les oscillations convulsives s'éloignent davantage les unes des autres. Il est plus fréquent de voir l'attaque ter-

minée par un nombre égal de convulsions au bras et au visage ; dans certaines circonstances la dernière est plus faible à la cuisse et aux lèvres, qu'au membre supérieur lui-même.

3°. Plusieurs phénomènes qui subsistent après les accès sont de nature à faire soupçonner l'épilepsie hémiplégique. La paralysie du membre supérieur seul, ou celle de la moitié du corps dure pendant quelque temps : le décubitus sur le côté opposé, la déviation du visage, la difficulté de la parole en fournissent des preuves. Toutes les fois que le bras seul est affecté momentanément, on est porté à croire que l'accès débute par lui. Lorsque la paralysie est permanente, il en sera à peu près de même; nous ne donnons pas ces signes comme certains, car nous avons vu un épileptique dont l'accès débute par la tête, et chez qui le membre supérieur est fortement paralysé. Il est vrai que la joue est pendante d'un côté; mais, au premier aperçu, on serait tenté de regarder le bras comme le point de départ. Toutefois, nous croyons qu'une paralysie bornée au membre supérieur chez un épileptique serait un indice très-fort que l'accès débute par ce membre, à moins qu'il n'existât d'autres causes de paralysie, une apoplexie ancienne, etc., etc. Les autres troubles intermédiaires aux accès sont quelquefois des engourdissemens, des fourmillemens de la main et de l'avant-bras, des crampes dans ce membre.

Je crois inutile de citer ici des exemples de cette variété d'épilepsie : on en lit dans tous les observateurs, et notamment dans l'ouvrage cité de M. *Maisonneuve*, pages 146, 189, 193, 198 et 200.)

IIIᵉ. VARIÉTÉ. *Épilepsie hémiplégique débutant par le pied.*

Cette variété est ordinairement la plus facile à distinguer : la raison en est simple : l'*aura* s'élève de l'un des pieds; il s'écoule un plus grand intervalle de temps entre l'invasion et l'accès complet, et le malade se rappelle plus aisément l'ordre des symptômes précurseurs.

Trois moyens servent à faire distinguer cette variété de l'épilepsie :

1°. Le récit des malades : tantôt ils accusent une douleur, un vent frais qui débute par le bout des orteils et remonte le long de la cuisse au tronc, au membre supérieur à partir du bout des doigts, au cou, à la tête. Quelques malades disent que la sensation s'élève au cou sans affecter le membre supérieur.

D'autres fois il existe des tiraillemens dans la cuisse, les mollets, la plante du pied. Il n'y a pas toujours alors d'engourdissement à l'extrémité des orteils.

Lorsque l'accès arrive de nuit, ou à des enfans, à des personnes peu intelligentes et même qui assurent que l'invasion est toujours soudaine, le médecin doit se tenir sur ses gardes, interroger soigneusement son malade, pour savoir s'il n'a pas de temps en temps des accès incomplets, des convulsions partielles dans le membre inférieur. En effet, dans plusieurs cas, on arrive par le simple récit du malade à présumer l'existence d'une épilepsie sympathique débutant par le membre inférieur. Dans d'autres cas, ont est obligé d'avoir recours aux considérations suivantes pour asseoir son diagnostic.

2°. Lorsque le médecin est témoin d'un accès, il reconnaît par lui-même l'ordre des convulsions dont nous parlons. Les muscles du visage deviennent convulsés après ceux des membres; dans le déclin de l'accès, on constatera que les muscles de la cuisse ou de la jambe restent les derniers en action, ou du moins que leur spasme est plus violent que celui du membre supérieur. Le décubitus du malade vers le même côté, les mouvemens instinctifs du côté opposé, l'interception de l'accès par une ligature du membre inférieur, tout fournira des lumières pour le diagnostic.

3°. Après l'attaque, on observera la résolution très-prononcée du côté malade, et surtout de la jambe. Si ce membre est seul paralysé, il existera plus de probabilités en faveur de la nature de l'accès. D'ailleurs l'hémiplégie qui accompagne cette épilepsie est de même nature que celle des variétés précédentes.

La paralysie passagère ou permanente de la peau du membre infé-

rieur annonce une lésion plus grave des centres nerveux : ce cas s'observe très-rarement.

Plusieurs fois après des accès généraux d'épilepsie, j'ai remarqué une roideur manifeste des membres inférieurs. Ce symptôme, pris à part, ne m'a pas offert de signes certains pour reconnaître un point de départ à l'épilepsie.

L'ouvrage de M. *Maisonneuve*, pag. 19, renferme un seul exemple bien manifeste de cette variété. Je dois noter ici qu'à la vérité les cas n'en sont pas très-fréquens.

Il resterait à examiner dans quel ordre se convulsent les muscles de chaque partie du corps. Nous n'avons pas été plus heureux que dans le cas d'épilepsie débutant par le membre supérieur, pour saisir la nature sur le fait. Mochet, dont l'observation est rapportée plus bas, affirme qu'il ressent au début un tiraillement dans l'épaisseur de la cuisse gauche, et que, lorsque la convulsion remonte au membre supérieur, elle attaque d'abord les muscles de l'épaule et du bras, ensuite ceux de l'avant-bras et de la main.

L'observation a appris que plusieurs épileptiques éprouvent des accès qui tantôt débutent par le membre supérieur, tantôt par l'inférieur. Le fait précédemment cité de M. *Maisonneuve* en est la preuve; nous en indiquerons deux autres à l'article du *traitement*. On arrive par ce moyen à la solution du problème suivant : comment se fait-il que quelques accès épileptiques, débutant par le bras avant d'envahir la moitié du corps, se terminent enfin par une vive convulsion du membre inférieur ? Je ne puis me rendre raison de ce phénomène qu'en admettant que les deuxième et troisième variétés d'épilepsie hémiplégique se succèdent quelquefois immédiatement. C'est le seul moyen de ramener à un ordre commun une série aussi bizarre de mouvemens.

Je me rappelle à ce sujet avoir été témoin d'un accès hystérique épileptiforme qui semblait formé de la succession de tous les modes particuliers de convulsion. D'abord convulsion isolée des membres inférieurs seuls, ensuite convulsion de la partie gauche du corps,

puis de la partie droite, puis convulsion vive des membres supérieurs, les inférieurs étant à peine agités, etc. Il est donc vrai que les variétés des convulsions épileptiques tiennent quelquefois à des modifications fugaces du système nerveux qui peuvent se succéder l'une à l'autre et se remplacer mutuellement.

Avant de terminer, l'observation suivante me paraît mériter d'être ici consignée; elle montre un des modes de terminaison de l'épilepsie qui débute par le pied.

Handel, âgé de quarante ans, très-brun, d'une forte constitution, d'un caractère assez mou, avait contracté la syphilis, dont il négligea le traitement; à quarante ans il eut une exostose sur l'humérus droit. Admis à l'hôpital Saint-Louis, le 29 mai 1820, il y fut guéri de cette maladie : un mois après son entrée, en prenant un bain trop chaud, Handel ressentit tout à coup une vive douleur, qui du pied gauche s'éleva au tronc et à la tête, sans perte de connaissance. Depuis lors il fut traité comme épileptique; ses attaques étaient bornées au côté gauche, débutaient toujours par le membre inférieur, et duraient depuis un quart d'heure jusqu'à deux heures. Le 31 janvier 1821, Handel fut transféré à Bicêtre comme épileptique incurable.

Un an après l'invasion de son mal, accès répétés d'épilepsie pendant dix-sept heures; ils furent suivis d'une hémiplégie de mouvement du côté gauche, et de paralysie de sensibilité des deux membres latéraux. L'épilepsie n'a pas reparu; l'insensibilité du derme a cédé à des lotions de vin chaud long-temps continuées; l'hémiplégie a persisté.

En 1824, Handel m'a donné tous ces détails sur les accidens qu'il avait éprouvés. Il est hémiplégique, marche avec peine à l'aide d'un bâton; la jambe et le bras sont fortement paralysés; la parole est un peu gênée, la bouche et la langue se dévient; les excrétions alvines sont libres. Toutes les autres fonctions s'exercent dans leur intégrité. Voilà donc un exemple d'épilepsie hémiplégique qui a cédé aux seules forces de la nature, et qui, après un an de durée, s'est terminée par

une hémiplégie incurable : ce dernier accident est toutefois moindre que le premier.

Il conviendrait peut-être ici d'étudier les deux dernières variétés de l'épilepsie-hémiplégique. Quelquefois, en effet, l'épilepsie, précédée d'une sensation qui remonte de l'abdomen ou du thorax à la gorge, se trouve bornée à une moitié du corps; mais je ne connais rien de particulier sur son traitement.

Quant à l'épilepsie déterminée pas une lésion des filets nerveux, elle affecte ordinairement, soit un seul membre, soit la moitié des muscles du corps; mais sa description est trop importante et trop peu connue; elle embrasse un champ si vaste et touche de si près aux plus graves questions de la physiologie du système nerveux, qu'il serait téméraire de notre part d'aborder ce sujet. On distinguera les premières variétés d'épilepsie hémiplégique de celle-ci, parce qu'elles affectent tout un membre à la fois; là, au contraire, on remarque constamment des sensations locales, des douleurs circonstrites ou irradiées dans un trajet déterminé sur une partie quelconque de la surface du derme. En deux mots, autour du nerf malade existent quelques symptômes particuliers, dont l'épilepsie des centres nerveux est dépourvue.

3°. FRÉQUENCE DE L'ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE COMPARÉE A CELLE DE L'ÉPILEPSIE GÉNÉRALE.

Il faudrait avoir observé long-temps et avec un grand soin les convulsions épileptiques pour établir un terme exact de comparaison entre celles qui sont hémiplégiques et celles qui affectent les deux moitiés du corps. L'examen que nous allons en faire ne peut être qu'approximatif, et nécessairement à l'avantage de l'épilepsie générale; mais avant d'analyser nos propres observations, nous indiquerons ici quelle opinion nous nous sommes formée sur les épileptiques dont M. *Maisonneuve* a décrit les accès.

Sur 99 épileptiques, 50 nous ont paru atteints d'épilepsie générale

débutant par la tête, 34 d'épilepsie générale débutant par les viscères internes, savoir :

7 épileptiques hystériques (pag. 126, 254, 255, 257, 259, 261, 264).

23 gastriques (220, 222, 225, 281, 286).

2 intestinales (239, 242).

2 hypochondriaques (272, 275).

13 épilepsies étaient hémiplégiques, savoir :

7 cas non douteux (19, 146, 189, 193, 195, 198, 200).

6 cas douteux (24, 69, 93, 113, 132, 291).

Enfin, deux épilepsies étaient dues à des lésions des nerfs rachidiens (204, 207).

D'après ce calcul approximatif, nous trouvons qu'il existait 13 épilepsies hémiplégiques contre 84 épilepsies générales, ce qui met les premières aux secondes dans le rapport de 1 à 6 et demi.

En faisant un résumé de mes propres observations, je rencontre un plus grand nombre d'épilepsies hémiplégiques.

Ainsi, sur 113 malades, je trouve 87 épilepsies générales, savoir : 75 céphaliques, 7 gastriques, 2 brachiales, 3 crurales. D'un autre côté, 25 épilepsies hémiplégiques, savoir : 3 d'un départ inconnu, 7 céphaliques, 2 linguales, 1 gastrique, 9 brachiales, 3 crurales. Donc les épilepsies simples et doubles sont entre elles dans le rapport de 25 à 87 ou de 1 à 3 et demi, proportion presque double de ce qu'elle était dans l'ouvrage de M. *Maisonneuve*.

D'où peut venir cette différence ? Est-ce d'un grand nombre de femmes interposées dans les observations de ce médecin distingué ? Je ne sais si l'épilepsie hémiplégique est plus commune chez les hommes, ce qui s'accorderait avec la remarque de M. *Maisonneuve*, que chez ces derniers on trouve plus souvent des accès précédés d'un aura dans les membres. Toutefois cette différence provient sans doute en partie de ce que nous avons observé avec beaucoup de soins les épileptiques et comparé, au milieu de l'accès même, l'état des principaux muscles dans chaque moitié du corps.

On nous accusera peut-être de mentionner dans ce calcul des cas douteux à l'avantage de l'épilepsie hémiplégique; mais cette objection est de nulle valeur; car, si je mets à part tous les malades que j'ai observés dans leurs accès, ou ceux dont la nature m'est parfaitement connue, je trouve que sur 40, 27 sont atteints d'épilepsie générale, et 13 d'épilepsie hémiplégique, ce qui donne une proportion encore plus forte que la précédente, celle de 1 à 2.

D'un autre côté, mettant à part, parmi les épilepsies hémiplégiques, celles qui débutent par le bras ou la jambe, comme plus faciles à guérir, j'en trouve 12 sur 25.

Ainsi, sur 113 malades, dont 40 ont été soumis à notre observation, chez douze d'entre ces derniers l'accès débutait par le bras ou la jambe, nombre plus grand que le quart d'entre eux et le dixième de la totalité. Or, si les 73 autres malades pouvaient donner la même proportion, un quart des épileptiques du sexe masculin, jeunes gens ou adultes, appartiendraient à la variété la plus facile à guérir. Quelle idée consolante pour le médecin qui cherche à soulager ses semblables et à leur adoucir les malheurs d'une vie remplie d'infortunes!

Nous conclurons des faits précédens que l'épilepsie générale est une maladie plus rare qu'on ne pense communément : celle qui attaque la moitié du corps, très-peu connue, pour ne pas dire méconnue par les observateurs, est, au contraire, fréquente, et mérite d'être constatée et distinguée lorsqu'elle existe. Mais l'étude de son traitement et l'influence heureuse de la thérapeutique vont nous rendre ces observations encore plus intéressantes. Il est dans le devoir du médecin d'approfondir davantage les maladies que son art peut soulager et guérir.

§. II. TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE.

L'expérience a appris de tous temps aux plus célèbres médecins que l'épilepsie hémiplégique est plus facile à guérir que l'épilepsie générale.

Hippocrate avait remarqué que les convulsions épileptiques attaquaient tout le corps ou l'une de ses moitiés seulement, et qu'on obtenait plus souvent la cessation des accès qui débutaient par la main ou par le pied. Nous avons déjà dit que, dans ce cas, le spasme est ordinairement borné à une seule moitié du système musculaire; mais on ne trouve pas dans les ouvrages attribués à l'oracle de Cos un traitement particulier indiqué pour cette variété.

Galien pensait que l'épilepsie attaque tous les muscles à la fois, et lui assigne trois siéges différens, la tête, l'estomac et les parties externes. Étudiant encore sous les yeux de *Pélops*, son maître, il observa un enfant de treize ans dont l'accès débutait par la cuisse. Il est difficile à décider si les prodrômes de cette affection consistaient dans une convulsion musculaire ou bien dans une sensation cutanée de la cuisse. L'enfant fut guéri par l'application d'un médicament composé de thapsie et de moutarde, et par la ligature du membre au-dessus du point de départ de l'épilepsie (*de Locis affectis*, III, chap. 5).

Alexandre de Tralles fit cesser une épilepsie qui commençait par le dos du pied, en employant dans ce lieu un vésicatoire fait avec le lépidium. (Lib. 1, c. 15.)

Henricus ab Heer, cité par *Sennert*, ayant remarqué qu'une fille, devenue épileptique par suite d'une terreur, se frottait constamment le gros orteil de chaque pied dans ses accès, ce praticien se servit du beurre d'antimoine pour y ouvrir deux cautères, et il guérit ainsi sa malade.

Boerhaave nota l'épilepsie sympathique comme une des plus faciles à guérir; mais il regardait l'hémiplégie comme un symptôme fort grave: *Desinit epilepsia in apoplexiam, paralysin, hemiplexiam... omine fatali.* Il la traitait par les révulsifs et la ligature: *Tum etiam* (*tolli poterit epilepsia*) *loci fomitis exulceratione artificiosâ, profundâ, diuturnâ, inductâ cæsim, caustieis, vesicatoriis; dein autem apertis retentis diù per suppurantia corrosivis mixta: tandem ligaturis nervum comprimentibus affectum.* » Van-Swiéten, qui commente cet aphorisme, n'indique aucun fait où le vésicatoire ait été employé dans cette intention.

Fréd. Hoffmann portait un prognostic favorable pour l'épilepsie sympathique : « *Spes est... si æger accessum tanquàm præsentit auræ frigidæ* « *quasi afflatu, non doloris cujusdam capitis, lateris, artuum prævia* « *perceptione.* »

Wepfer a vu guérir un paysan épileptique dont l'accès débutait par le pied, à l'aide d'un vésicatoire appliqué sur le dos de ce membre.

M. *Maisonneuve*, sans citer un seul exemple de guérison par le vésicatoire aux extrémités, s'exprime ainsi dans le tableau qui termine son ouvrage : « Dans le cas où l'application d'une ligature et l'extirpa- « tion sont impossibles, un vésicatoire placé sur le lieu où le mal « semble se propager, a eu quelquefois le même succès. »

C'est en vain que j'ai cherché dans l'ouvrage récent de M. *Portal* des faits d'épilepsie sympathique guérie par le vésicatoire. A la vérité, plusieurs malades ont été sauvés par l'emploi de ce moyen sur la peau du crâne. *Petrus Merenda* mit en usage avec succès, sur des enfans, des vésicatoires répétés à la nuque et au dos. Des épilepsies survenues dans le premier âge de la vie, après la guérison précipitée des teignes muqueuses, ont cédé à l'application des vésicatoires dans le lieu primitivement affecté, etc., etc.

La ligature ou constriction des membres est un moyen très-anciennement connu. *Soranus* blâme l'usage qu'en faisait *Thémison* pendant la durée des accès d'épilepsie. Un grand nombre de médecins regardent la ligature comme suffisante pour arrêter les attaques de cette maladie qui débutent par la convulsion d'un membre ; mais je ne connais point jusqu'à présent de cas de guérison complète due à ce seul moyen. L'épilepsie dont parle *Bonet* était produite par une tumeur inguinale, et d'ailleurs le malade succomba. Il en fut de même du soldat dont parle M. *Odier*, et que cite M. *Portal*. Ce militaire, par suite d'une plaie pénétrante placée au-devant du pariétal gauche, devint épileptique du côté opposé. Dès qu'il sentait venir son accès dans le membre supérieur, un lacet placé autour de l'avant-bras et du bras servait à lier fortement ce membre, et les convulsions n'avaient pas lieu. Long-temps le malade fut préservé des accidens épi-

leptiques ; mais, étant un jour dans une ivresse complète, des accès qu'il ne put intercepter le firent succomber.

Parmi les nombreux remèdes mis en usage contre l'épilepsie, si l'on fait abstraction de ceux qui consistent à détruire, par les moyens chirurgicaux le foyer du mal, il n'en est aucun qui pique davantage la curiosité ou inspire plus d'intérêt que l'application de la ligature et des vésicatoires aux extrémités des membres d'où part un aura épileptique. Les ouvrages sont remplis des considérations pratiques qui découlent de la nature, des causes et des circonstances dans lesquelles se développe cette maladie. Le médecin les aura présentes à l'esprit ; il cherchera d'abord à satisfaire à ces indications ; mais, lorsque l'épilepsie affectera une marche chronique, qu'elle paraîtra sans fièvre, et surtout indépendante d'une lésion grave des centres nerveux, quelle utilité pourra-t-on tirer de la ligature et des vésicatoires? C'est à l'expérience, c'est à des faits nouveaux, qu'il faut demander la solution de ce problème.

La première question que je me proposai fut de savoir si le vésicatoire, appliqué circulairement autour des membres, n'aurait pas un effet aussi avantageux que la ligature pour intercepter les accès. Un malade atteint d'épilepsie hémiplégique débutant par la main droite, se trouvait alors dans les salles de la division des aliénés de Bicêtre. Il était facile de s'assurer par l'expérience des effets de ce moyen. M. *Pariset*, dans le service duquel j'étais alors interne, accueillit cette proposition avec bienveillance.

Elle était d'ailleurs conforme aux résultats de son expérience personnelle ; puisque ce médecin distingué regarde l'application des vésicatoires aux extrémités comme le meilleur moyen à opposer aux accès répétés d'épilepsie. Je saisirai ici l'occasion de témoigner publiquement l'estime et la reconnaissance que lui a vouées un de ses anciens élèves.

Voici les détails de l'observation du malade.

Sébastien-Louis Roy, tourneur en bois, âgé de quarante-deux ans, entra à l'Hospice de la Vieillesse (hommes) le 14 septembre 1824.

Interrogé sur sa santé habituelle, cet homme, d'une taille moyenne, très-brun, intelligent, répond qu'il n'a point été sujet aux épistaxis, ni aux hémoptysies, ni aux fluxions de poitrine. Ses plus fortes maladies ont été trois blennorrhagies syphilitiques; la dernière date de sept années.

Depuis trois ans, Roy éprouve fréquemment des crampes dans la jambe droite, très-fortes, lorsqu'il prend des bains de rivière dans la belle saison, ce qui l'a contraint de s'en priver entièrement.

Il y a une année qu'il ressentit de violens maux de tête, des éblouissemens dans l'œil gauche et des douleurs dans le côté droit du corps qui descendaient et remontaient. Ces accidens furent calmés par une saignée et quelques bains tièdes.

Au commencement du mois d'août 1824, Roy prit un matin à jeun trois petits verres d'eau-de-vie; il travaillait debout sur son tour. Bientôt après, une violente crampe de la jambe droite le renversa en arrière. L'accès récidiva trois fois de deux en deux heures; ils se répétèrent les jours suivans.

Le malade fut traité inutilement pendant quinze jours à l'hôpital Saint-Antoine et ensuite à l'Hôtel-Dieu.

Voici la manière dont il éprouvait ses accès à l'hospice de Bicêtre. L'invasion s'annonçait toujours par une sensation d'engourdissement dans les doigts et toute la main droite : les trois premiers doigts lui semblaient peut-être plus affectés que les deux autres. Le malade saisit avec la main gauche celle qui est malade et ne la sent pas : les muscles de l'avant-bras se contractent alors avec force. Si le malade parvient à étendre les muscles fléchisseurs, l'accès épileptique perd de son intensité ou même avorte quelquefois : une personne étrangère arrive au même résultat en étendant fortement l'avant-bras sur le bras. Cependant les muscles du côté droit du visage et du cou entrent en contraction, la bouche se fend jusqu'à l'oreille droite par secousses alternatives; la tête s'incline du même côté. La respiration est suspendue, les muscles du membre inférieur sont agités par les mêmes secousses, mais à un degré plus faible. Une fois à la fin de

l'accès, des secousses convulsives très-fortes se sont manifestées dans le membre abdominal droit, comme si un accès incomplet débutait alors par la cuisse.

Si le malade est debout, il tombe le plus souvent sans perte de connaissance, mais plusieurs fois il affirme l'avoir perdue complètement. Chaque accès dure une à deux minutes au plus; mais ils sont multipliés et reviennent quelquefois à des heures très-régulières.

Depuis l'invasion de la maladie, le côté droit est paralysé du mouvement : le bras est plus affecté que la jambe; le côté droit de la joue est affaissé, et la commissure des lèvres tirée à gauche. La langue offre un peu de déviation, la parole n'est nullement gênée, mais le malade peut à peine se traîner en marchant.

L'usage du vin fut tout à fait interdit au malade. Les accès devinrent plus rares à la fin de septembre. Les huit premiers jours d'octobre se passèrent sans attaques épileptiques. Accès le 9 ou 10 octobre; nouvel accès trois jours après. Rechute le 19, pendant que le malade était dans un bain trop chaud.

Le 20, un large vésicatoire autour du poignet de la main droite.

Le 27, légère menace de convulsions dans le bras droit.

Le 29, le vésicatoire étant sec, trois petites secousses convulsives se manifestent dans la jambe droite. Alors un vésicatoire est placé autour de la jambe et au-dessus des malléoles. Pendant sa durée, nul accès convulsif, soit dans la jambe, soit dans le bras droit. Dans les derniers jours de novembre, on laisse sécher le vésicatoire des malléoles. Le malade redemande l'usage des bains, qui avaient été suspendus.

Le 9 décembre, accès épileptique très-court, débutant par le bras. Rechute le jour suivant.

Le 11, vésicatoire remis au-dessus du poignet; le 12, légère menace d'accès. Nulle attaque dans le reste du mois de décembre. Dans les premiers jours de janvier 1825, après le pansement du vésicatoire, le malade eut un étourdissement avec perte instantanée de

connaissance, sans convulsions musculaires. Aujourd'hui (1827), Roy est toujours hémiplégique, mais il n'a point d'accès d'épilepsie.

Cette observation, intéressante sous plusieurs rapports, nous montre l'influence puissante du vésicatoire aux extrémités pour prévenir le retour des accès, ou du moins pour les faire avorter au début. On doit remarquer qu'à l'exception d'une légère secousse dans le bras droit, survenue au déclin du premier vésicatoire du poignet, le membre inférieur devint le siége de quelques convulsions. Lorsque le vésicatoire de la jambe fut sec, l'accès suivant débuta par le bras. Enfin, pendant la durée du second vésicatoire de l'avant-bras et celle du cautère au bras, il ne survint qu'une seule fois un étourdissement. On eût dit que l'influence de chaque vésicatoire agissait spécialement pour prévenir les convulsions du membre où il était appliqué, et qu'après leur action simultanée, l'épilepsie ne pouvant débuter ni par le bras ni par la jambe, s'annonçât par un simple étourdissement, ce que le malade n'avait jamais éprouvé jusqu'alors.

Si l'action successive de deux vésicatoires a été de quelque efficacité dans l'observation précédente, nous en rapporterons une où les vésicatoires ont été employés simultanément avec un succès plus complet.

Zéphyrin Mochet, âgé de trente-six ans, grand, brun, très-intelligent, se rappelle avoir éprouvé une *fièvre putride et maligne* étant très-jeune. Il a été militaire pendant quatorze ans. A part quelques maladies vénériennes, sa santé a toujours été parfaitement bonne.

Dans les derniers jours de juin 1826, Mochet devint sujet à de grands maux de tête, pour lesquels il fit usage de quelques bains de pieds. Trois semaines après, il eut un étourdissement et se laissa tomber par terre : quinze sangsues lui furent posées à l'anus. Trois jours après, un soir, étant assis sur une chaise, près d'une croisée, tout à coup il sentit comme *un bouillonnement* dans la cuisse gauche; le membre inférieur fut agité de flexions et extensions continuelles; la bouche se fendit jusqu'à l'oreille; alors le malade perdit connaissance; l'accès dura deux heures.

Mochet eut, depuis cette époque, des accès qui se répétaient une à deux fois par jour, ou seulement une fois tous les deux ou trois jours. Ils débutaient constamment par la cuisse gauche, avec ou sans perte de connaissance, et quelquefois étaient bornés à des *tiraillemens* de la cuisse et de la jambe gauches. Deux fois un accès léger a commencé par le bras gauche; le malade croyait sentir et même *voir* un couteau et une boule pleine de sang dans la main gauche. Pendant quelques attaques il cherchait vainement à s'en débarrasser à l'aide de sa main droite.

Mochet a été traité par plusieurs médecins; il a même passé quinze jours à l'Hôtel-Dieu. Saignées, bains, régime sévère, médicamens nombreux, tout a été employé inutilement pour suspendre ces attaques. La plus longue interruption fut seulement de quatre jours.

Mochet entre à l'hôpital Saint-Louis le 30 octobre 1826.

Les deux premiers jours, trois accès modérés; les trois jours suivans, trois attaques fortes, dont une avec perte de connaissance. Je n'ai pas été témoin de ces attaques; mais le récit du malade, le témoignage qu'on me rendit de la flexion du corps à gauche avec distorsion de la tête et de la bouche du même côté, l'hémiplégie de mouvement, me prouvèrent qu'il s'agissait ici d'une épilepsie hémiplégique.

Ayant fait part à M. *Lugol* de quelques réflexions sur cette épilepsie, ce médecin distingué m'autorisa, avec la bienveillance qui lui est familière, à donner au malade les soins qui me paraîtraient convenables.

Le 5 novembre, un vésicatoire, de deux pouces au moins de largeur, fut mis en forme de collier autour de la jambe gauche, au-dessus des malléoles. Deux jours après, un second vésicatoire fut placé au-dessus du poignet du même côté. Il survint de la fièvre : des bains tièdes furent donnés régulièrement trois fois la semaine. Le malade ne prenait pas de vin, mais buvait plusieurs pots d'une tisane d'orge ou de graine de lin. La suppuration des deux vésicatoires fut entretenue;

les urines furent rendues avec douleur, mais il n'y eut jamais de rétention complète.

Pendant quinze jours, on lui donna également depuis une jusqu'à quatre pilules d'un grain, contenant un quart d'opium sur trois quarts d'extrait de belladone. Elles furent ensuite supprimées, le malade s'en étant dégoûté; mais elles servirent peut-être à soutenir son courage, en même temps qu'elles occupèrent son imagination.

Pendant l'emploi de ces moyens, le malade éprouva seulement quelques tiraillemens dans la cuisse gauche, revenant comme par accès, mais fort légers. L'hémiplégie diminua considérablement.

Le 3 décembre, le malade se trouvant bien, on commença à faire sécher le vésicatoire du poignet. Le 15, celui de la jambe fut moins irrité. Vers le 20, tous les deux étaient entièrement secs.

Le 26 décembre, le malade éprouva quelques légers *bouillonnemens* dans les muscles, surtout l'épaule et la cuisse du côté gauche. Craignant une récidive, je fis appliquer un nouveau vésicatoire circulaire à la jambe au-dessus du premier. La suppuration de ce dernier fut encore entretenue plusieurs semaines; les bains furent continués, et le malade sortit bien guéri de l'hôpital Saint-Louis, le 12 mars 1827.

Dans les premiers jours d'avril, j'ai revu le malade; il jouit d'une bonne santé, et évite les écarts du régime. Depuis sa sortie, il a été atteint d'œdème aux membres inférieurs, qui s'est peu à peu dissipé, en même temps que le malade a repris des forces.

Voilà donc une épilepsie de quatre mois de date, ayant résisté aux antiphlogistiques et aux calmans, et qui cède de suite à la révulsion produite par deux vésicatoires placés aux extrémités des membres desquels l'accès part ordinairement.

Je n'ai pas de faits qui constatent l'efficacité du vésicatoire appliqué à la peau du crâne dans le cas d'épilepsie hémiplégique débutant par la tête. L'analogie porte à croire que ce moyen serait utile dans une circonstance semblable. Quoique l'expérience n'ait point décidé la question, je puis rappeler ici l'observation de Villiot (*suprà*, p. 17)

chez lequel de larges vésicatoires volans, placés à l'avant-bras et à la jambe convulsés, semblent avoir contribué à la guérison du malade.

Nous pouvons maintenant nous rendre raison des effets de la ligature et des vésicatoires. On a pensé que le premier moyen interceptait l'ascension de l'*aura* qui part des nerfs éloignés. La compression circulaire d'un membre produit en effet la stupeur des parties situées au-dessous, et empêche toute communication avec les centres nerveux. C'est ainsi qu'on peut, par la ligature, prévenir les convulsions que déterminent un ganglion, un tubercule quelconque, placés sur le trajet d'un nerf. Mais lorsque la première sensation d'un accès épileptique réside au milieu des muscles d'un membre ou dans la peau des extrémités, et se trouve sympathique d'une excitation des centres nerveux, qu'est-ce que la ligature peut intercepter? Que l'on désigne cette sensation sous le nom d'*aura*, c'est peu important. Peut-on prouver que les liens mis en usage empêchent l'ascension de quelque chose qui s'élève des extrémités au cerveau?

Quelle est donc l'action de ces derniers moyens? Ils nous semblent agir comme révulsifs dans un lieu d'élection où les sympathies exercent plus d'empire sur les maladies du centre nerveux. Voici les preuves sur lesquelles repose cette opinion.

C'est un fait constaté par l'expérience, que la ligature est d'autant plus efficace qu'elle est employée à une époque plus voisine du début de l'accès. Celui-ci étant déjà commencé, surtout s'il est dans toute sa force, la ligature est incapable de le suspendre. Comment arrive-t-il que le même moyen intercepte un accès à l'instant de sa faiblesse, et n'ait aucune prise sur lui à la plus haute période de sa force? On doit reconnaître, d'après l'observation, qu'il est plus facile d'arrêter les troubles du système nerveux, même par une constriction légère, lorsqu'elle est employée dans un lieu et dans un temps convenables.

L'action d'étendre fortement, celle de tordre d'une manière quelconque les membres premièrement convulsés, produit quelquefois

le même résultat avantageux. Les épileptiques eux-mêmes, en saisissant ceux-ci et les serrant fortement avec leurs mains, parviennent à suspendre des accès. Nous avons déjà vu que les vésicatoires entretenus autour de l'extrémité malade prévenaient les attaques. Entre ces procédés divers, il n'existe pas d'autre rapport commun, que celui d'établir un centre de douleur, un foyer de révulsion dans le lieu primitivement affecté.

Quelle que soit d'ailleurs l'explication de ces phénomènes, nous n'y attachons pas une importance théorique qu'ils ne méritent pas. Il nous suffit d'avoir montré l'analogie de ces différentes méthodes de traitement, et d'avoir prouvé qu'elles doivent être comprises dans la même catégorie.

Lorsque la ligature est employée dans le fort de l'accès, elle n'a pas une plus grande puissance pour l'interrompre, que les brûlures, les moxas, le cautère actuel, pour faire rétrograder une attaque d'épilepsie générale. La faculté sensitive est tellement détruite, que ces remèdes violens ne sont point sentis; leur action est nulle sur le système nerveux. Cependant ces mêmes moyens, mis en usage au début, arrêtent un accès, au moins les accès ordinaires. On dirait que ceux-ci ne peuvent se compléter, parce que les premiers symptômes sont entravés dans leur marche, et que les derniers ne peuvent parvenir sans les premiers.

Nous sommes porté à croire qu'une attaque d'épilepsie est d'autant plus facile à prévenir par la révulsion, que les prodrômes durent un temps plus considérable. L'excitation d'un ou deux vésicatoires appliqués dans un lieu convenable est alors suffisante pour le traitement.

Le lieu d'élection n'est pas indifférent : la connaissance des lois physiologiques porte à penser que la partie du corps sur laquelle les centres nerveux font ressentir une influence morbide est aussi celle d'où peut s'irradier une révulsion et plus prompte et plus salutaire. Quoique la réciprocité soit loin d'être égale de part et d'autre, et que le cerveau, par exemple, ait une influence autre sur la sensibi-

lité de la peau que l'excitation de cette membrane sur le cerveau; cependant les faits cités dans ce travail paraissent justifier, *à posteriori*, cette assertion, que la révulsion, toutes choses égales d'ailleurs, sera plus forte si elle part du lieu primitivement affecté que de tout autre. Il existe plusieurs différences d'action entre la ligature et le vésicatoire. La première, à chaque accès, est employée avec beaucoup de force et de douleur; le vésicatoire, au contraire, moins douloureux à chaque instant, détermine une excitation continuelle. Celui-ci est dans le cas de prévenir toutes les attaques, soit de jour, soit de nuit; le malade, sous sa sauve-garde, dormira avec tranquillité. Mais, en employant la ligature, il est obligé d'exercer une attention continuelle sur l'invasion de l'épilepsie. Qu'il soit idiot ou en démence, dans la veille ou dans le sommeil, l'action révulsive du vésicatoire sera toujours la même; aucun soin, aucune réflexion ne sont nécessaires de la part des malades.

La manière dont le vésicatoire a été employé consiste, comme nous l'avons déjà noté, dans une sorte de collier de deux à trois pouces de diamètre, au-dessus du poignet et des malléoles. Cette forme a été préférée à cause de sa ressemblance avec la ligature des membres. Rien ne porte à penser que son action dépende en quelque chose de la forme plutôt que du lieu qu'il occupe, de l'étendue de sa surface, de l'intensité de la douleur et peut-être de la suppuration qu'il détermine.

Comme il est moins facile d'entretenir autour d'un membre une plaie suffisamment douloureuse, on pourrait, je présume, avec autant d'avantage, appliquer deux vésicatoires de forme ordinaire, l'un sur le dos du pied ou de la main, l'autre à la face interne de la jambe ou de l'avant-bras. De cette manière, on choisira toujours les extrémités de la peau dans lesquelles débute l'accès. Il est important de mettre quelques jours d'intervalle entre ces applications irritantes, et de modérer par le régime la fièvre inflammatoire qu'elles allument. Les épileptiques sont ordinairement obligés de garder le lit : il survient un gonflement œdémateux des extrémités;

L'action des cantharides se fait ressentir sur la vessie, quelquefois même détermine la rétention des urines. Il serait utile de remplacer la pommade épispastique par celle d'ammoniaque, ou toute autre suffisamment caustique et privée de cantharides. D'ailleurs le malade doit prendre en abondance des boissons mucilagineuses; ce qui rendra ses urines moins irritantes.

Lorsque le médecin se sera rendu maître des accès pendant un mois environ, il diminuera l'étendue des surfaces enflammées, ou supprimera l'un des vésicatoires; il examinera s'il ne survient pas des accès incomplets d'épilepsie ; et dès qu'un repos suffisant l'aura tranquillisé sur le sort de son malade, celui-ci sera délivré de ses exutoires avec les précautions convenables. Une menace d'attaque épileptique nécessiterait un nouvel emploi des mêmes moyens, tant il est important de prévenir le retour périodique et d'arrêter le cours des troubles du système nerveux.

Nous tirerons des faits présentés dans ce travail les conclusions pratiques suivantes :

1°. Il est important de reconnaître l'épilepsie bornée à la moitié du corps, et d'en distinguer les principales variétés.

2°. Après avoir rempli les premières indications thérapeutiques, fournies par cette maladie, la révulsion par les vésicatoires est le meilleur moyen à lui opposer.

3°. Plus les accès seront légers et rapprochés, surtout s'ils débutent par l'un des membres, plus il sera facile d'apprécier l'effet des vésicatoires et d'en obtenir de bons résultats.

4°. Leur application devra être continuée un nombre suffisant de semaines ou de mois pour prévenir le danger des récidives.

Puissent ces courtes réflexions engager d'habiles praticiens à essayer et perfectionner une méthode de traitement, qui donnera, peut-être, des espérances à l'art et des consolations à l'humanité !

HIPPOCRATIS PROPOSITIONES MEDICÆ

(*edente* Lorry).

I.

In exacerbationibus cibum subtrahere oportet, exhibere enim noxium. Et quæcumque per circuitus exacerbantur, in exacerbationibus subtrahere oportet. *Sect.* 1, *aph.* 11.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

III.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

IV.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile. *Ibid.*, *aph.* 42.

V.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementio obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

VI.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

(*Edente* Foesio.)

VII.

Ex his namquè molestissimi sunt (insultus epileptici) qui à capite originem trahunt , deindè ex latere ; qui verò à manibus ac pedibus , præcipuè sanitatem recuperant. *Prædict.* , *lib.* 2 , *cap.* 7.